FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. DATTIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Internat des Hôpitaux 1919
Prix Malherbe (Méd. d'Argent)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATURIES au cours de la Grossesse

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE NANTES

Messieurs les Professeurs U. MONNIER, VIGNARD, BRELET, POISSON, FAVREUL, AUBRY, GILBERT SOURDILLE, OLLIVE, RIVET, SEBILEAU

A M. le Professeur GUILLEMET

Professeur de Clinique obstétricale

A M. le Docteur GROSSE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses conseils.

A M. le Professeur BRINDEAU

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HÉMATURIES

AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les hématuries de la grossesse mal connues avant 1843, époque à laquelle Dubois en publia une première observation, sont d'une façon générale peu étudiées dans les différents traités d'obstétrique. On peut expliquer le silence presque complet qu'observent à leur égard certains auteurs par ce fait qu'elles sont fort rares. Cette rareté tient non seulement à ce que l'hématurie pendant la grossesse est un accident peu commun dans les services hospitaliers, mais encore et surtout parce que les difficultés qu'offrent les moyens d'investigation et de recherche chez la femme enceinte sont très grandes. Il est très difficile dans bien des cas de pouvoir dire d'une façon certaine d'où vient le sang et quelle est la cause de sa présence ; c'est là cependant une question importante, car, en effet, pour parler d'hématurie gravidique on non gravidique il faut s'entendre, comme nous le verrons plus loin, sur la cause première de l'hématurie liée ou non à l'état puerpéral ; il est essentiel de ne pas confondre une hématurie vraiment gravidique avec une

perte de sang liée à une lésion inconnue des voies urinaires. Or il est très rare d'observer des hématuries gravidiques vraies et cette rareté ira en s'accentuant, car beaucoup d'hématuries classées autrefois comme gravidiques sont aujourd'hui rattachées à une cause banale, étrangère à l'état puerpéral, que les anciens auteurs avec leurs moyens d'investigation limités avaient laissé de côté ou avaient complètement ignorés. Et c'est pourquoi nous voyons les observations d'hématuries gravidiques relativement faciles à trouver avant 1900, devenir de plus en plus rares aujourd'hui.

C'est à Dubois que revient le mérite d'avoir attiré le premier l'attention sur l'hématurie pendant la grossesse, mais dans la suite la question est délaissée et on ne retrouve plus d'observations avant 1873, époque à laquelle Finger de Lemberg signale un nouveau cas d'hématurie qu'il pense lié à la grossesse.

Puis Kehrer, en 1876, en signale un cas mortel, dû probablement à une affection médicale coïncidant avec la grossesse.

L'autopsie ne fut pas pratiquée et le diagnostic resta en suspens.

Les observations deviennent plus nombreuses de 1889 à 1900 : ce sont celles de Barton Cooke, Hirst en 1889, miss Cleaves en 1891, Tridondani en 1892. Les cas rapportés par ces auteurs ne sont pas très intéressants, car l'exploration de l'appareil urinaire était pratiquée moins complètement à cette époque qu'aujourd'hui. En 1897 le diagnostic étiologique

des hématuries pendant la grossesse commence à s'éclairer avec Guyon qui étudie la question à l'occasion de deux cas d'hématurie dont l'un observé par Champetier de Ribes. Guyon divisa les hématuries pendant la grossesse en rénales et vésicales.

Avec Albarran en 1899 il complète cette étude et isole pour la première fois les hématuries proprement gravidiques des hématuries symptomatiques. Entre temps Treub d'Amsterdam, Van Iterson de Leyde publient des observations très intéressantes. Umberto Chiaventone de Milan en 1901 et Malherbe de Nantes complètent la question et précisent la pathogénie des hématuries gravidiques.

Les observations deviennent maintenant plus rares car les hématuries non gravidiques sont plus facilement reconnues.

Kubiniy de Budapest en publie un cas. M. Proust en 1906 et Vogel la même année publient deux observations instructives.

En 1907, Vitout dans sa thèse revoit les observations publiées à cette date et met la question au point. En 1910, Grosse (de Nantes) en publie un cas et précise les méthodes de diagnostic. Sur le même sujet Pasteau en 1911 fait paraître un article documenté dans les *Annales d'Obstétrique et de Pédiâtrie*.

Depuis la guerre, la question a été peu étudiée et ayant eu récemment l'occasion de voir un cas d'hématurie chez une femme enceinte de huit mois et

demi, il m'a paru intéressant de revoir les observations antérieures et d'exposer dans ce modeste travail comment la question des hématuries pendant la grossesse est envisagée à l'heure actuelle.

CLASSIFICATION DES HÉMATURIES PENDANT LA GROSSESSE

Avant toute étude sur les signes et le diagnostic des hématuries qui surviennent pendant la grossesse, il nous semble utile d'établir dès maintenant une classification basée sur les caractères cliniques de ces hématuries, sur les antécédents de la malade et surtout sur les causes qui peuvent les produire.

On désigne ordinairement sous le nom d'hématurie au cours de la grossesse toute hématurie qui survient pendant la grossesse et dont la cause n'est pas connue *à priori*. Ces hématuries peuvent donc être divisées après examen en trois groupes bien distincts.

Le premier groupe sera composé des cas où après examen de la malade on peut attribuer la perte de sang à une cause déterminée indépendante de la grossesse ; ce ne sont pas là des hématuries gravidiques, mais des hématuries survenant au cours de la grossesse, que l'on peut rattacher aux différentes maladies qui font paraître le sang dans les urines. Ce sont les hématuries tuberculeuses, lithiasiques par exemple, ce sont aussi des hématuries liées à une affection médicale, maladie infectieuse, grippe avec néphrite, hémophilie, cardiopathie, etc... Le diagnostic, comme nous le verrons, est basé sur les antécé-

dents de la malade plus encore que sur les caractères de l'hématurie.

Un second groupe bien distingué par Guyon et Albarran, que nous appellerons, groupe des hématuries gravidiques, comprendra toute perte de sang qui se fait par les voies urinaires et dont l'état gravide est la seule cause apparente ; ce sont là les vraies hématuries de la grossesse, celles qui méritent qu'on s'y arrête le plus longtemps, car elles forment un véritable groupe à part dont la symptomatologie a, il est vrai, beaucoup de points communs avec les précédentes, mais dont le diagnostic différentiel souvent difficile s'établit cependant nettement grâce à la cystoscopie comme nous le verrons plus loin.

Nous donnerons un exemple de ces hématuries gravidiques en citant le cas de Chiaventone qui diagnostiqua une hématurie rénale d'origine essentielle après avoir éliminé successivement les causes ordinaires d'hématurie ; il lui donna le nom de gravidique car l'hématurie sans cause n'existe pas en pathologie et qu'il devait, selon toute vraisemblance, attribuer à la grossesse la perte de sang que présentait la malade.

Kubiniy et Proust apportent eux aussi des observations concluantes d'hématuries gravidiques ; le rein n'était pas en cause, le sang venait de la vessie qui fut reconnue indemne de cystite et de calculs mais par contre sillonnée de vaisseaux congestionnés et de varices volumineuses dus selon toute vraisemblance à la seule grossesse. Vogel a publié également le cas d'une hématurie purement gravidique liée à

la congestion vésicale ; l'hyperhémie du petit bassin étant elle-même sous l'influence de la grossesse.

Enfin un troisième groupe comprendra les cas douteux ; il n'est pas en effet facile dans tous les cas d'hématurie d'établir un diagnostic ferme. Ce sont, souvent, les moyens d'investigation qui font défaut et la symptomatologie qui n'est pas nette ; nous en avons un exemple dans la tuberculose latente du rein ayant amené une hématurie isolée pendant la grossesse sans que l'examen clinique ait dévoilé la lésion rénale. Plus tard l'évolution fixera le diagnostic, mais il sera fort difficile de reconnaître le rein tuberculeux par l'hématurie survenant comme symptôme isolé pendant la grossesse. Ajoutons que la difficulté s'accroît quand une légère lésion des voies urinaires à tendance hémorragique mais ne saignant pas ordinairement est la cause d'une hématurie pendant la grossesse. L'état de gravidité de l'utérus est la cause de l'hématurie ; cause indirecte il est vrai mais la seule vraiment déterminante. La grossesse terminée, il est possible que l'hématurie ne se reproduise pas et le diagnostic restera longtemps en suspens.

Ce troisième groupe, comme on le voit formé des cas où le diagnostic est pratiquement impossible, n'est composé en réalité pour la plus grande partie que d'hématuries pouvant entrer dans le premier ou le second groupe, il n'a donc qu'un intérêt pratique au point de vue diagnostic et nous l'examinerons à la question diagnostic.

LES HÉMATURIES NON GRAVIDIQUES ET LA GROSSESSE

Il nous semble logique d'examiner rapidement les principales causes d'hématuries non gravidiques pour voir si leur diagnostic est modifié par l'état de puerpéralité et quelle influence la grossesse peut avoir sur le symptôme hématurie qui les manifeste.

Disons d'abord que la grossesse a d'une façon générale une influence très nette sur les affections rénales antérieures; l'explication en est facile, car l'utérus gravide en se développant comprime assez souvent l'uretère dans son trajet pelvien, et il gêne l'excrétion de l'urine ; il se fait ainsi une congestion générale des organes génito-urinaires, il est donc normal que le rein déjà malade soit fortement atteint par la grossesse ; ajoutons à cela que le travail rénal est plus important pendant la puerpéralité. Ribemont-Dessaignes a signalé que la circulation est plus active dans les reins, car ils se trouvent sur le trajet du sang qui se rend à l'utérus, enfin l'utérus par son développement peut comprimer les vaisseaux artériels, par exemple l'aorte au niveau des artères rénales.

Ces causes de congestion rénale que nous examinerons plus en détail à l'étude des hématuries gravi-

diques ont une influence certaine sur le rein malade qui manifeste sa souffrance par des hématuries répétées au cours de la grossesse. Celle-ci terminée, le rein reste très altéré et la maladie cause d'hématurie évolue plus rapidement.

Nous ne nous arrêterons pas sur les hématuries dues aux contusions du rein, le diagnostic est ici évident ; les hématuries évoluent peut-être plus lentement vers la guérison que chez une femme qui n'est pas enceinte.

La tuberculose rénale primitive est défavorablement influencée par la grossesse et aucune maladie ne subit une aggravation aussi rapide (Israël). Il est donc normal de constater des hématuries abondantes s'il survient une grossesse chez une femme atteinte de tuberculose rénale. Dans ce cas, la pesanteur lombaire est considérable, les douleurs vives ; les troubles urinaires particuliers à la tuberculose rénale s'exagèrent, les urines contiennent en abondance du pus et de l'albumine ; les hématuries deviennent profuses.

Le cancer du rein est peu fréquent à l'âge adulte ; les femmes enceintes en sont rarement atteintes ; mais quand il existe les hématuries peuvent être considérablement augmentées. Il en est de même des néphrites chroniques qui subissent une aggravation considérable, le rein ayant un travail beaucoup plus important à fournir qu'en dehors de la puerpéralité. Une néphrite chronique antérieure à la grossesse sera d'autant plus aggravée qu'elle sera parfois

accompagnée d'auto-intoxication gravidique avec congestion rénale intense.

Citons la lithiase rénale, dont les hématuries pourront être d'autant plus difficile à diagnostiquer que les douleurs qu'elle provoque peuvent être prises pour des contractions utérines; l'erreur dans ce cas est facile car il est fréquent de voir l'utérus se contracter au moment des coliques dues à la lithiase rénale. Réciproquement on peut penser à une crise de coliques néphrétiques liée à la lithiase, quand il ne s'agit en réalité que de la migration d'un caillot sanguin dans l'uretère, la présence de ce caillot étant due à une cause toute autre que la lithiase rénale.

Signalons encore les hématuries des cardiaques, en rapport avec des poussées congestives dues à l'asystolie. Il y a alors congestion rénale intense, mais facile à diagnostiquer grâce aux signes généraux qui l'accompagnent. Il ne faudrait cependant pas confondre une hématurie cardiaque avec une hématurie cirrhotique ou hémophilique ; celles-ci étant d'ailleurs rares et diagnostiquables grâce aux antécédents hémophiliques des malades. Kehrer, de Bovis en ont rapporté plusieurs observations.

Les diverses affections hématuriques de la vessie comme celles des reins peuvent être aggravées par la grossesse ; la vessie plus que le rein est influencée par l'état de gestation, elle est tiraillée par l'utérus qui l'entraîne plus ou moins dans son ascension, elle est déviée et le col vésical est parfois fortement comprimé sur le pubis.

La cystite est assez rare dans la grossesse normale, car la vessie est malgré tout peu exposée à être contaminée ; ces accidents ne s'observent que lorsqu'il y a rétention d'urine par exemple en cas de rétroversion utérine. On peut craindre alors à la suite d'un cathétérisme malpropre une cystite entrainant des hématuries abondantes et graves la grossesse n'en est que la cause indirecte. Il peut aussi y avoir cystite *post-partum* à la suite d'un accouchement difficile, celle-ci se manifeste par ses symptômes habituels miction douloureuse, fréquente, impérieuse avec pyurie et hématurie. La cystite gonococcique peut également apparaître pendant la grossesse et provoquer des hématuries. Signalons enfin les calculs vésicaux comme cause d'hématurie aggravée par la grossesse. L'exploration vésicale en fera faire le diagnostic facilement.

LES HÉMATURIES GRAVIDIQUES

Nous avons vu qu'il fallait entendre par hématurie gravidique toute perte de sang qui se fait par les voies urinaires et qui se trouve sous la dépendance de l'état gravide qui en est la cause unique (Grosse).

Guyon le premier a publié une observation de cette sorte d'hématurie ; il s'agissait d'une femme ayant eu trois grossesses ; la première avait été normale ; pendant la seconde, vers le huitième mois, la malade avait remarqué que ses urines devenaient par moment couleur marc de café.

Présentée à Guyon au cours de sa troisième grossesse, pendant laquelle elle avait des hématuries graves, celui-ci après un examen complet de la malade craignait un cancer du rein. Elle fut opérée par Albarran qui reconnut l'intégrité complète du rein : l'hématurie avait d'ailleurs cessé depuis que la malade avait interrompu l'allaitement de son enfant. Il avait donc là affaire à une hématurie purement gravidique.

Depuis d'autres observations de Guyon, Albarran, Treub, Champetier de Ribes, Chiaventone, Proust ont bien montré que dans certains cas les hématuries survenant pendant la grossesse étaient d'origine purement gravidique.

Si nous relisons les observations de ces différents auteurs nous voyons que comme toutes les hématuries, celles d'origine gravidiques peuvent être soit d'origine rénale, soit d'origine vésicale. Il convient donc d'étudier séparément ces hématuries d'après leur point d'origine, la première partie étant consacrée à l'étude de l'hématurie d'origine rénale et la seconde à celle d'origine vésicale.

A. — Hématuries gravidiques et d'origine rénale.

Les signes des hématuries gravidiques d'origine rénale ne diffèrent pas beaucoup de ceux des hématuries non gravidiques. Ce sont des hématuries totales qui peuvent apparaître chez des primipares ou chez des multipares. Dans les observations publiées nous voyons qu'elles se reproduisent ordinairement à chaque grossesse, cependant dans bien des cas nous remarquons que si lors d'une première grossesse les malades n'ont pas eu d'hématuries, celles-ci étant survenues, toutes les grossesses ultérieures ont été marquées par des hématuries de plus en plus abondantes.

La quantité de sang perdue est très variable, certaines femmes se plaignent seulement d'avoir remarqué leurs urines teintées de sang, l'état général restant parfaitement bon, d'autres au contraire ont de véritables hémorragies qui en se répétant les amènent à un état d'anémie assez grand pour faire songer

à interrompre la grossesse ; dans certains cas exceptionnels les malades meurent dans un état d'anémie complet. On a affaire dans ce cas à des femmes dont les hématuries remontent à une date ancienne et dont la grossesse a été marquée d'accidents de toxémie gravidique. L'hématurie gravidique peut apparaître à toutes les époques de la grossesse, dès les premiers mois, d'après l'observation de Dandois qui suppose que l'hématurie était apparue une huitaine de jours après la conception ; elles peuvent survenir au sixième mois (Guyon et Albarran) mais le plus souvent elles se manifestent à la fin, vers le huitième mois d'une grossesse qui n'avait jusque là présenté rancune particularité.

Comme son abondance, la durée de l'hématurie est variable ; dans certains cas l'hématurie étant survenue, les urines restent plus ou moins teintées jusqu'à la fin de la grossesse ; dans d'autres elle cède rapidement au traitement. Après l'accouchement elles disparaissent rapidement en quelques jours si la femme n'allaite pas. Dans la seule observation de Guyon les hématuries ont reparu trois mois après l'accouchement et n'ont cessé qu'avec l'allaitement.

Il a suffi par contre à Treub de ponctionner les membranes pour voir disparaître un saignement qui durait depuis trois mois. Signalons aussi que l'hématurie gravidique rénale est peu ou n'est pas douloureuse à la miction ; dans quelques cas elle peut s'accompagner de dysurie et de cystite.

En résumé l'hématurie rénale gravidique a été

observée durant toute la deuxième moitié de la grossesse aussi bien chez des primipares que chez des multipares qui n'en avaient pas lors de leurs grossesses antérieures. Elle peut être légère ou intense, durer pendant quelques mictions ou quelques jours, pour disparaître sans cause ou persister pendant plusieurs mois. Elle disparaît ordinairement dès que l'accouchement s'est produit.

Au point de vue fonctionnel l'origine rénale de l'hématurie est marquée par une douleur assez vive dans la région des reins ; cette douleur peut précéder de beaucoup l'apparition de l'hématurie ainsi qu'on le verra dans notre observation ; les reins sont douloureux à la pression comme le signale Pasteau qui insiste tout particulièrement sur l'existence de points douloureux rénaux. « Un signe reste toujours facilement perceptible c'est l'existence des points douloureux rénaux sur la valeur desquels j'ai insisté à plusieurs reprises. En dehors de la grossesse, quand l'examen complet des malades peut être fait dans des conditions normales, ces points douloureux rénaux ont une grande valeur, mais chez la femme enceinte ils sont d'autant plus importants à constater qu'ils restent parfois les seuls signes perceptibles d'une affection urinaire. La recherche des points postérieurs costo-vertébraux et costo musculaires et surtout celle du point inguinal ne devra pas être négligée, elle est capable à elle seule d'indiquer qu'un rein souffre et que c'est dans le rein qu'il faut trouver la cause de l'hématurie. »

Quelle est la pathogénie des hématuries gravidiques rénales ?

Elle procède de plusieurs facteurs et plusieurs théories ont été exposées pour les expliquer. Au point de vue anatomique, l'appareil urinaire et l'appareil génital chez la femme sont en rapport étroit. Les uretères sont en rapport avec l'utérus et le ligament large; une bonne partie de la face postérieure de la vessie est soudée à la paroie vaginale antérieure. Du fait de relations aussi étroites, il est naturel de penser que toute modification dans le volume de l'utérus est susceptible de retentir sur le système urinaire, de gêner l'excrétion du rein et de provoquer à son niveau des altérations aseptiques ou à offrir un point de moindre résistance à des localisations septiques qui manifesteront leur présence par des hématuries.

En réalité certaines modifications de l'appareil urinaire, sont physiologiques pendant la grossesse. Le rein est plus congestionné que normalement, les veines de la capsule adipeuse sont plus volumineuses qu'à l'état normal; le rein lui-même paraît plus richement vascularisé. La congestion toute spéciale de l'appareil génital s'étend jusqu'aux parties les plus hautes de l'appareil urinaire (Chevassu).

Guyon et Albarran mettent cette congestion au premier rang des causes d'hématurie gravidique celle-ci étant parfois favorisée par la toxémie gravidique. Sans nier cette influence Chiaventone fait des hématuries gravidiques un trouble essentiellement dû à

l'hépato-toxémie ; les toxines élaborées dans l'état puerpéral, mal détruites par un foie inférieur à sa tâche, produisent des modifications sanguines capables d'amener des hématuries rénales sur un rein qu'elles altèrent au passage en donnant de la néphrite. Ces deux opinions se complètent l'une l'autre et la vérité doit être dans une théorie admettant les principales causes d'hématurie sur un rein congestionné mis en état de moindre résistance par la grossesse et excrétant moins facilement l'urine qu'il produit. Treub va plus loin et croit nécessaire une altération du rein antérieure à la grossesse. « On est autorisé à admettre une hématurie de la grossesse en ce sens que la gestation, par un mécanisme varié, intoxication, hyperhémie active ou passive, est le point de départ d'hémorragies rénales, mais sous réserve que les reins sont malades ou insuffisants. »

B. — Hématuries gravidiques d'origine vésicale

Comme le rein, la vessie est très nettement influencée par la grossesse. Dans l'état puerpéral plus l'accouchement approche, plus la vessie se trouve déformée ; elle est déviée sur les côtés et attirée avec l'utérus à la partie supérieure. Il résulte de ces déformations que la vessie comprimée par l'utérus est comme lui très congestionnée ; dans tous les cas, la cystoscopie chez une femme enceinte à partir du cinquième ou sixième mois ne ressemble en rien

aux autres examens cystoscopiques (Pasteau). Il y a une dilatation très nette des veines vésicales. Guyon, Albarran, Zuckerkandt, Rüge, Bar, Luys sont d'accord pour constater que chez toutes les femmes examinées au cystoscope pendant la grossesse il y a une vascularisation intense de la muqueuse vésicale, cet état congestif est surtout marqué sur le segment inférieur de la vessie au niveau du trigone du col vésical.

Il est naturel d'ailleurs de voir une analogie entre cette congestion vésicale pendant la grossesse et la production des hémorroïdes si fréquentes chez la femme enceinte et auxquelles il faut probablement reconnaître les mêmes causes. Stœckel et Rüge confirment cette opinion après avoir examiné nombre de vessies chez des femmes qui viennent d'accoucher. Rüge écrit en effet : « Je voudrais encore faire ressortir brièvement quelques particularités de la vessie puerpérale qui n'ont aucune signification pathologique. Ce qui est particulièrement remarquable c'est l'extraordinaire vascularisation de la muqueuse sur laquelle on aperçoit de nombreuses artères petites et grosses, fortement sinueuses, mais surtout de nombreuses veines gorgées de sang et d'un éclat bleuâtre ; ces dernières à l'examen cystoscopique d'une vessie normale sont d'ordinaire complètement effacées et ne deviennent visibles que quand survient l'hyperhémie gravidique dans le petit bassin. Elles sont donc l'expression, non seulement d'une augmentation de l'afflux sanguin, mais aussi d'une certaine gêne dans la cir-

culation de retour, d'une stase sanguine et c'est cette stase qui au moment de l'accouchement donne si facilement lieu à l'œdème de la muqueuse et crée une prédisposition à des épanchements sanguins plus ou moins considérables. »

Nitze est d'une opinion différente il nie les varices vésicales analogues aux hémorroïdes anales ; mais malgré l'opinion de Nitze il semble que les examens de Stœckel et de Rüge qui constatent la présence des varices vésicales sont plus près de la vérité, leur avis est dans tous les cas plus vraisemblable.

On conçoit donc bien qu'un effort, un traumatisme puisse faire éclater ces vaisseaux qui sont gonflés à se rompre. C'est ce qui s'est passé dans le cas de Vogel. Dans d'autres cas il se produit une certaine rétention vésicale et la malade n'urine plus que péniblement, la vessie peut se vider complètement et il en résulte une disposition très grande à l'infection venant de la vulve ; si celle-ci se produit, nous aurons un cystite qui pourra donner des hématuries d'autant plus importantes que la vessie sera plus congestionnée.

La symptomatologie des hématuries gravidiques d'origine vésicale est très variable, tantôt les urines sont simplement teintées de sang, tantôt on a affaire à de véritables hémorragies et la sonde introduite dans la vessie ramène du sang presque pur. Dans un cas de Grosse l'hématurie n'est décélée qu'au moment de l'accouchement, la sonde pénètre facilement dans la vessie et ramène 80 à 100 grammes de sang

presque pur. Notons tout de suite que l'hématurie cessa quelques heures après l'accouchement. L'observation de Proust montre aussi bien une hématurie très abondante de sang presque pur entraînant chez la malade une anémie considérable. Von Kubiniy rapporte le cas d'une hématurie brusque avec rétention complète d'un sang noirâtre coagulé et fétide à la suite de la rupture d'une varice vésicale. Dans d'autres cas les urines sont à peine teintées en rose, il y a ordinairement, même dans les cas légers, de la douleur à la miction et de la pollakyurie ; en un mot, presque tous les symptômes d'une cystite. Guyon et Albarran rapportent, en effet, le cas d'une malade atteinte d'hématuries d'origine vésicale avec miction douloureuse, pollakyurie nocturne ; notons aussi que l'urine rosée ou franchement rouge contient parfois des caillots très nets et que les urines peuvent rester louches après la disparition de l'hématurie.

DIAGNOSTIC DES HÉMATURIES PENDANT LA GROSSESSE

Le premier point du diagnostic porte sur l'origine de l'hémorragie ; dans la plupart des cas il est facile de reconnaître que le sang provient des organes urinaires. Dans certains cas de mictions involontaires, on peut se demander si le sang qui apparaît à la vulve ne provient pas du vagin ou de l'utérus, ayant pour origine une fausse couche, un placenta prœvia ou la rupture d'une varice vulvaire.

Dans le doute, il faut sonder la malade et rechercher le sang dans les urines par les moyens que le laboratoire met à notre disposition. Ainsi l'hémorragie génitale étant éliminée, on porte le diagnostic d'hématurie ; il reste à en préciser le siège et la cause.

L'interrogatoire de la malade pourra d'abord en éclairer le diagnostic par la constatation d'une tuberculose rénale antérieure et connue d'elle ou de son entourage, de la lithiase rénale ou vésicale, d'une néphrite ancienne, etc. Les antécédents des malades ont à ce point de vue une importance capitale.

La constatation d'une contusion rénale, d'une maladie infectieuse récente ou en cours d'évolution pourra éclairer le diagnostic. Celui-ci, d'ailleurs, en

cas d'hésitation, pourra être aidé par les examens d'urine qui sont pratiqués d'ordinaire dans ces cas.

La présence du pus fera songer à la tuberculose rénale, on recherchera alors le bacille de Kock et un examen bactériologique sera indispensable. Un gravier dans l'urine pourra contribuer à lever les doutes qu'on pouvait avoir sur la lithiase rénale.

La recherche des cylindres urinaires, des cellules épithéliales devront être faites avec soin, la douleur à la miction avec urines troubles peut faire songer à une cystiste mais le diagnostic étiologique en sera peu éclairé car nous avons vu que l'infection vésicale pouvait être causée par la grossesse d'une façon indirecte tout au moins.

Après l'interrogatoire de la malade on devra procéder à l'examen physique. L'exploration de l'appareil urinaire est particulièrement difficile car il est gêné par la présence de l'utérus gravide. Avant le cinquième mois de la grossesse il est facilement pratiquable, mais peu à peu les difficultés deviennent plus grandes. Le ballotement rénal est impossible à constater même si le rein est augmenté du volume. Il est exceptionnel de pouvoir palper l'uretère par le toucher vaginal ; la vessie elle-même déviée et remontée devient difficile à atteindre, Pasteau insiste sur l'existence des points douloureux rénaux, c'est un signe qu'il faudra rechercher.

Si après l'interrogatoire et l'examen de la malade rien ne vient éclairer le diagnostic de l'hématurie, si rien ne permet de l'attribuer à une lésion ancienne

de l'appareil urinaire on sera autorisé à penser à une hématurie purement gravidique, mais avant d'affirmer ce diagnostic il sera nécessaire de tenter un examen cystoscopique. D'après ce que nous avons dit de la vessie de la grossesse on se rendra compte que cet examen soit très difficile : il faut introduire l'instrument plus profondément qu'à l'ordinaire et on est exposé dans tous les cas à traumatiser la muqueuse vésicale et parfois à la brûler. A partir du huitième mois, surtout chez une primipare dont l'extrémité céphalique fœtale est engagée, ou tend à s'engager l'examen devient impossible.

Si l'examen vésical est difficile on comprendra combien celui des uretères sera compliqué et le diagnostic et l'hématurie rénale sera bien rarement posé d'après l'examen cystoscopique seul. A la fin de la grossesse, en cas d'hématurie, il arrive donc fréquemment qu'on ne puisse porter un diagnostic certain, on ne peut avoir alors que des présomptions et c'est plus tard seulement, après l'accouchement, qu'on peut savoir de quoi il s'agissait ; l'examen cystoscopique est devenu plus commode et l'évolution de l'hématurie fixera le diagnostic. Ajoutons que la difficulté s'accroît quand une lésion légère des voies urinaires à tendance hémorragique mais ne saignant pas ordinairement est la cause d'une hématurie pendant la grossesse. L'état de gravidité de l'utérus est la cause indirecte, il est vrai, mais la seule vraiment déterminante.

Après l'accouchement, si l'hémorragie persistait

comme dans le cas rapporté par Guyon on serait en droit de faire le diagnostic d'hématurie gravidique si l'hématurie cessait avec l'allaitement; dans d'autres cas, si l'examen des urines révèle la présence des cylindres on pourra penser à une hématurie liée à une toxi-infection antérieure avec retentissement rénal suivant les théories de Guyon, Albarran et Chiaventone. Le diagnostic dans ce cas aura un intérêt moins immédiat que pendant la grossesse puisque l'hématurie est appelée à disparaître, mais le fait d'être fixé sur le caractère gravidique de l'hématurie pourra faire porter un pronostic réservé pour les grossesses à venir.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des hématuries pendant la grossesse est fort différent suivant la cause qui les produit, suivant leur abondance et l'état antérieur de la malade.

Le diagnostic étant difficile, comme nous venons de le voir, le pronostic sera lui-même souvent rempli d'incertitude et de restrictions. Dans un grand nombre de cas il sera réservé tant qu'on ne sera pas fixé sur la cause exacte de l'hématurie.

Au cours d'une hématurie non gravidique, la perte de sang n'est qu'un accident symptomatique qui peut mettre sur la voie du diagnostic ; la marche des événements ultérieurs est éclairée non par l'hématurie mais par la cause qui l'engendre ; la tuberculose, le cancer, la lithiase rénale sont aggravés par la grossesse ; le pronostic déjà sévère sera encore assombri ; les événements se précipitent d'autant plus rapidement que les hématuries plus abondantes, mettent la malade en état de moindre résistance et hâtent ainsi la marche de la maladie. Par contre la ptose rénale signalée par une hématurie, comme dans un cas rapporté par Pasteau, sera d'un pronostic bénin si l'hématurie n'est pas très abondante. La perte de sang sera d'un mauvais augure

dans l'évolution d'une néphrite pendant la grossesse.

Plus intéressant est le pronostic des hématuries purement gravidiques. D'une façon générale il dépend de la quantité de sang perdue. Dans les différentes observations que nous rapportons les malades sortent guéries ; parfois ce sont des petites hématuries qui cèdent rapidement au repos ; d'autres fois on a affaire à des femmes presque exsangues, c'est l'exception, dans ces cas, il va sans dire, que le pronostic doit être plus réservé et pour la mère et pour l'enfant qui souffre de l'état d'anémie maternelle ; si le travail survient dans un tel état, la malade peut succomber, mais si les hématuries disparaissent, la malade suivant par ailleurs un traitement sérieux, elles ont des chances de ne pas se reproduire et l'accouchement se passe dans de bonnes conditions. Les suites de couches sont ordinairement très bonnes.

Si le pronotic immédiat est en général bénin pour la mère et pour l'enfant, le pronostic éloigné doit être plus réservé. Une grossesse hématurique fait prévoir des accidents du même genre au cours des grossesses à venir et personne ne peut dire d'avance si elles auront alors une abondance dangereuse pour la malade.

Le traitement de l'hématurie au cours de la grossesse s'appliquera à la cause qui la produit. Ce sera celui de la tuberculose rénale, du cancer, des accidents cardiaques avec les indications spéciales que la grossesse peut fournir dans certains cas. On s'efforcera autant que possible de ménager la grossesse et

si les circonstances le permettent de reporter après l'accouchement toute opération importante susceptible de pouvoir entraîner l'expulsion prématurée du fœtus.

L'interruption de la grossesse par l'avortement ou l'accouchement prématuré n'est que rarement indiqué, le plus souvent dans des cas d'hématurie coïncidant avec de la pyélonéphrite.

Après l'accouchement le traitement sera plus énergique afin de débarrasser si possible le malade de la cause des hématuries constatées pendant la grossesse.

L'hématurie gravidique comporte une attitude variable suivant que la perte de sang est d'origine rénale ou d'origine vésicale.

a) *Hématurie rénale.* — Une hématurie même légère comportera un régime sévère. Repos complet, au lit, révulsion sur la région lombaire. Ce traitement, qui ne saurait nuir à l'enfant, suffit en général à arrêter l'hématurie ; s'il y a des signes d'auto-intoxication gravidique il faut y joindre le régime lacté absolu. Dans les cas plus graves, Chiaventone a préconisé la rupture de la poche des eaux pour diminuer la pression utérine sur les uretères et les vaisseaux abdominaux. C'est un moyen peu recommandable, car il aboutit à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. La décapsulation du rein a été aussi pratiquée et serait préférable, cependant elle produit un choc sévère chez une malade déja anémiée. L'interruption de la grossesse devra être pratiquée dans les cas très

graves, heureusement exceptionnels, dès que la vie, de la femme paraît en danger.

b) *Hématurie vésicale.* — Repos au lit et lavages de la vessie avec de l'eau boriquée ou du nitrate d'argent au 1/100 ; on combattra l'hémorragie en ajoutant au liquide de lavage de l'adrénaline.

La sonde à demeure suffit par elle-même quelquefois à arrêter l'hémorragie en assurant l'évacuation de la vessie. Dans certains cas de caillots abondants, l'aspiration de ces caillots sera utile à pratiquer.

Dans un cas d'hématurie grave, Proust a pratiqué la taille hypogastrique qui permet de vider la vessie, lui fait reprendre sa contractilité et fait constater la source de l'hémorragie qui peut ainsi être arrêtée par le pincement du vaisseau qui saigne. On a préconisé aussi après l'ouverture de la vessie de tamponner ses parois pour assurer l'hémostase, mais après ablation des mèches, il reste une ouverture qui est parfois longue à se combler.

Il reste également l'accouchement prématuré ou l'avortement provoqué, mais on ne devra avoir recours à ce moyen que si l'état de la femme ne lui permet pas de laisser évoluer sa grossesse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(A. Dattin.)

O... M., 29 ans, domestique cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Père mort cardiaque. Mère âgée de 71 ans hémiplégiée depuis cinq ans, deux attaques successives. Un frère et deux sœurs dont l'une jumelle, avec la malade. Tous bien portants.

Antécédents personnels. — Coqueluche à six ans, rougeole à sept ans.

Erysipèle à l'âge de 17 ans sans néphrite, n'aurait pas eu d'albumine. Cet érysipèle paraît grave et dure six semaines. Grippe à l'âge de 26 ans sans complication.

Furonculose à l'âge de 12 et de 21 ans. Pas de grossesse antérieure.

La malade aurait été sujette à des céphalées fréquentes surtout pendant l'hiver. Réglée à 11 ans et demi régulièremen Les règles ne sont pas douloureuses mais très peu abondantes

Grossesse actuelle : la malade entre dans le service à huit mois et demi environ de grossesse. Elle n'a pas eu de vomissements mais quelques nausées vers le deuxième mois; par contre dès le début de sa grossesse elle a souffert de douleurs dans la région rénale surtout pendant la nuit; elle urine bien à cette époque, abondamment; pas de douleur à la miction;

elle continue son travail et perçoit les mouvements actifs de son enfant au bout de quatre mois de grossesse.

Il y a quinze jours, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, la malade cesse son travail; les douleurs rénales ont persisté surtout le soir et la nuit.

La veille de son entrée à l'hôpital, douleurs très vives dans les régions lombaires et du bas-ventre, la malade ne peut rester assise, elle marche pour se soulager. Les mictions deviennent douloureuses et plus fréquentes. Les urines se teintent en rose. La malade croit qu'elle est en travail et entre à l'hôpital. Elle est examinée à l'entrée et on constate que le travail n'est pas commencé. Dans la journée qui suit on observe que les urines sont nettement rouges. Le cathétérisme pratiqué ramène des urines chargées de sang ; à la fin du cathétérisme un certain nombre de caillots sanguins apparaissent dans l'urine.

A l'examen de la malade, on constate une femme vigoureuse sans aucun signe d'anémie; elle accuse une douleur spontanée assez vive dans la région lombaire. La pression n'est pas douloureuse, il n'y a pas de point rénaux douloureux, température normale, cœur et poumons normaux, léger œdème des membres inférieurs. Au point de vue obstétrical rien à signaler; présentation céphalique; engagement nettement effectué.

Urines. — Les urines à l'entrée de la malade sont très nettement sanglantes. Au repos elles laissent déposer une grande quantité de caillots. Elles sont troubles et abondantes.

Un examen microscopique révèle la présence de très nombreuses hématies, de nombreux leucocytes, de cellules épithéliales parvimenteuses. Pas de cylindres urinaires. Albuminurie prononcée.

Il y a un certain degré de retention vésicale car quand la malade vient d'uriner. le cathétérisme au moyen d'une sonde molle de caoutchouc ramène environ 50 grammes d'urines.

Un examen cystoscopique est tenté mais malheureusement sans résultats car la tête fœtale profondément engagée s'oppose à l'entrée du cystoscope dans la vessie.

L'examen des mucosités prélevées au niveau du méat mithral et dans les culs-de-sac vaginaux révèlent la présence de streptocoques, staphylocoques, tétratragènes, etc., mais ni gonocoques, ni colibacilles.

A son entrée à l'hôpital, la malade est mise au repos, au lit, et à la diète lactée; les douleurs sont toujours vives à la miction, elle urine environ 2 litres par jour; pollakyurie nocturne. quatre mictions par nuit. Peu à peu les douleurs s'apaisent, le repos soulage la malade qui conserve son aspect de santé. Le sang diminue peu à peu des urines pour disparaître complètement cinq jours après l'entrée de la femme à la maternité.

La grossesse suit son cours normal.

Devant ces symptômes, bien que l'examen cystoscopique n'ait pu être pratiqué, nous croyons avoir affaire à une cystite gravidique. En effet, il y a rétention vésicale, liée à la compression du col vésical par la tête fœtale; il est donc probable que la vessie s'est facilement infectée à la suite de cette rétention, d'où apparition de sang et de pus dans les urines. Notre observation montre en outre que l'hématurie dans ces conditions peut être légère et très curable par le seul repos au lit avec diète lactée. Il sera utile de suivre cette malade afin de faire une cystoscopie après l'accouchement et de traiter sa cystite qui disparaîtra rapidement, nous l'espérons, la grossesse, cause probable de la cystite, étant terminée.

OBSERVATION II

(Communiquë par le Dr Grosse.)

Nous avons eu l'occasion il y a quelques mois d'observer un cas d'hématurie vésicale pendant l'accouchement.

Il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans, primipare, en travail depuis environ vingt heures, sans antécédents urinaires, mais ayant présenté de l'albuminurie pendant sa grossesse. Il existait de l'œdème des membres inférieurs remontant jus qu'aux genoux, de l'œdème de la vulve et de la région sus-pubienne. A son entrée à la maternité, la malade, dont l'état paraît très grave présente une crise d'éclampsie; le pouls est à 120, la température à 37°3. La dilatation de l'utérus étant presque complète, nous décidons de terminer de suite l'accouchement par une application de forceps.

La femme est sondée avec une sonde molle de caoutchouc rouge; la sonde pénètre sans difficulté dans la vessie, mais, à notre étonnement, elle ramène une certaine quantité (80 à 100 grammes) de sang presque pur.

Les parents qui accompagnent la malade interrogés à ce sujet, nous disent que deux ou trois fois dans la nuit elle a uriné du sang, mais qu'ils n'y ont pas attaché d'importance, parce qu'ils croyaient que le sang venait des voies génitales.

A midi, application de forceps en O.P. enfant vivant.

La délivrance faite, nous introduisons la main dans l'utérus car nous nous demandions si cette hématurie n'était pas la conséquence d'une rupture utérine ayant intéressé la vessie; l'utérus est intact.

L'après-midi vers deux heures une sonde de Pezzer est mise dans la vessie, elle donne d'abord issue à du sang presque

pur comme au moment de l'accouchement, puis peu à peu les urines s'éclaircissent et vers 8 heures du soir on ne trouve plus trace de sang dans l'urine.

Le lendemain matin les urines sont claires, peu abondantes contenant une grande quantité d'albumine. La malade qui a présenté toute la nuit une agitation violente et des phénomènes convulsifs est emmenée par sa famille.

Bien qu'on ait pas pu pratiquer l'examen cystoscopique il ne semble pas douteux que cette hématurie transitoire fut d'origine vésicale et de nature congestive. Sous l'influence de la longueur du travail, de la compression de la vessie par la tête fœtale de l'œdème des parties génitales, il s'est produit une congestion intense de la vessie avec rupture des vaisseaux de la muqueuse. Peut-être aussi l'hépato-toxémie gravidique a-t-elle joué uu certain rôle dans la circonstance.

OBSERVATION III

(Pasteau, *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, février 1911, p. 86)

J'ai eu il y a peu de temps l'occasion de revoir une malade auprès de laquelle j'avais été appelé il y a trois ans pour des hématuries de la grossesse. Il s'agissait d'une femme habitant en province et qu'à la suite de bains de rivière répétés avait présenté des hématuries totales, pendant plusieurs jours au huitième mois de la grossesse. Du côté utérin tout était normal, la vessie n'était pas douloureuse, il n'y avait pas de fréquence des mictions, ni de pus dans les urines ; pas de température. Cette jeune femme avait présenté quelques douleurs rénales du côté droit ; le point sus-intra-épineux du côté droit était net, il existait également à

gauche, mais moins marqué. Le diagnostic porté fut hématurie de la grossesse d'origine rénale ; l'hématurie dura huit jours, noirâtre, totale, sans caillots ; les accidents s'amendèrent par le repos au lit, le bassin élevé, les épaules basses, et quelques diurétiques. Or cette femme souffre actuellement de ses reins et particulièrement de son rein droit qui est fort distendu comme le prouve la radiographie elle a des crises très douloureuses déterminées par l'élongation de son pédicule rénal ; tous les autres examens montrent l'intégrité absolue de la vessie. Cette femme fait sous l'influence de la grossesse de la congestion de son rein et a eu une hématurie sérieuse ; si à ce moment on avait pratiqué une intervention chirurgicale on aurait rien trouvé d'autre, comme dans le cas d'Albarran, que de la congestion rénale et peut-être un peu de rétention pyélique. Il s'agissait d'hématurie due au rein mobile. Une néphropexie évitera certainement de nouvelles hématuries au cours de grossesses ultérieures.

OBSERVATION IV

(F. Guyon, *Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries rénales. Annales des maladies génito-urinaires*, 1897, p. 113-136.)

Malade âgée de 35 ans ne présente pas d'antécédents morbides ; trois grossesses antérieures. Pendant la deuxième grossesse la malade remarque vers le huitième mois et pendant une période de quinze jours environ que ses urines étaient noires comme du café. Ce même accident s'est reproduit vers le huitième mois de sa troisième grossesse, il a duré trois semaines environ et s'est accompagné de douleurs sourdes dans la région rénale droite.

Dans l'intervalle de ses grossesses la malade n'a jamais uriné de sang ; pendant ses grossesses elle n'a jamais eu de symptômes de néphrite, mais il y a cinq mois, trois mois après le dernier accouchement, elle est prise la nuit d'une hématurie subite totale, indolente, spontanée ; depuis cette époque l'hématurie a persisté sans interruption épuisant la malade qui entre à la salle Laugier complètement exsangue. Trois jours avant son entrée elle a eu de vives douleurs dans le côté et a rendu de petits caillots. L'allaitement est interrompu le lendemain de son entrée alors que les seins étaient en pleine tension laiteuse, l hématurie cessa subitement. Depuis elle n'a pas reparu.

A l'examen on sent nettement le rein droit augmenté de volume. Le contact profond de la main droite réveille un peu de douleur ; les jours suivants l'augmentation de volume du rein diminue. Rein gauche normal ; cœur, poumon, foie, sains.

L'examen chimique et bactériologique ne fournit pas de renseignements. Le cystoscope permet de constater l'intégrité de la vessie et la présence des deux uretères fonctionnant régulièrement. Guyon croit à un cancer du rein. Albarran se charge de l'opération. Le rein fut reconnu sain dans toutes ses parties et incisé dans toute l'étendue de son bord convexe les deux extrémités comprises. Parenchyme normal. L'organe fut suturé réintégré dans sa loge, la plaie fermée les suites opératoires furent des plus simples.

Les résultats des explorations aussi bien que l'évolution de cette hématurie qui après s'être montrée pendant la deuxième grossesse n'avait reparu qu'au cours de la troisième pour se remontrer pendant l'allaitement et cesser lorsqu'il fut suspendu, sont bien de nature à permettre de

penser que ces pertes de sang, qui dans les premiers temps compromettaient l'existence, n'étaient pas symptomatiques d'une lésion anatomique.

OBSERVATION V

(Guyon et Albarran, *Hématuries pendant la grossesse* Comptes rendus de la IV[e] Session de l'Association française d'urologie. Paris, 1899, p. 76.)

Malade âgée de 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois frères bien portants, trois sœurs bien portantes.

Antécédent personnels. — Erysipèle à 13 ans. Réglée à 16 ans régulièrement, pertes blanches depuis le début de sa grossesse il y a sept mois. Un enfant il y a quinze mois venu à sept mois et demi par le siège, accouchement normal, la malade reprenait son travail dix jours après. Retour de couches six semaines après. Pendant la grossesse et après l'accouchement ni hématurie, ni autres troubles urinaires.

Elle est enceinte de sept mois. Il y a six semaines que la malade souffre de la vessie. Elle ne peut pas rester assise par suite des douleurs qu'elle éprouve.

A cette époque les urines se teintent de sang. Mictions douloureuses de plus en plus pénibles. Avant, pendant toute la durée de la miction, mais surtout ; après elles ne sont pas impérieuses. Pas de pollakyurie.

Urines : rares, teintées de sang ; depuis un mois caillots de sang noir vermiformes.

Le sang semble augmenter de quantité dans les urines. Elles sont plus foncées depuis quelques jours.

La malade cccuse la douleur du côté des reins, s'exaspé-

rant au moment de la miction, puis sur le trajet des uretères. Ces douleurs ont disparu depuis que la malade est entré à l'hôpital.

Reins. — Les reins sont douloureux à la palpation dans le triangle costovertébral.

Pas de fièvre, assez bon appétit. Pas de constipation.

M. Albarran pratique la cystoscopie, l'urine sort des uretères en bavant. Une sonde introduite dans l'uretère droit laisse couler de l'urine sanguinolente. On laisse cette sonde trois heures, l'urine contient toujours du sang.

L'urine du rein gauche est aussi sanguinolente.

27 juin. — Régime lacté, viandes blanches, la malade ayant un peu d'albumine.

6 juillet. — Les urines contiennent encore du sang.

7 juillet. — Les urines ne sont plus sanglantes mais restent un peu troubles avec léger dépôt.

18 juillet. — Accouchement normal à clinique Baudelocque.

18 septembre. — La malade est nourrice et se porte bien. Le sang n'a pas reparu dans les urines.

OBSERVATION VI

(Guyon et Albarran
même communication que précédemment.)

C. B..., âgée de 20 ans, entre le 24 juin 1899.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans, réglée à 13 ans, irrégulièrement, toujours avec douleurs. Dernières

règles le 7 décembre, enceinte de cinq mois et demi. Pas d'autres grossesses.

10 juin 1899. — La malade vient consulter à l'hôpital pour troubles de la miction remontant à quatre mois environ ; les mictions sont douloureuses à la fin, pendant le jour leur fréquence est normale ; la nuit la malade urine trois ou quatre fois.

Il y a quatre mois la malade remarque quelques caillots de sang dans son urine à de rares intervalles ; depuis six semaines presque tous les jours il y a des caillots ou bien l'urine est rouge ; certains jours elle contient beaucoup de sang.

L'examen physique fait constater que la capacité vésicale est de 280 grammes, la vessie est sensible à la pression par le toucher vaginal. Les reins paraissent normaux.

24 juin. — L'hématurie et les douleurs augmentent ; l'examen avec la sonde de Nélaton permet de recueillir de l'urine sanglante sans que les dernières gouttes soient plus colorées. Le liquide du lavage vésical est un peu teinté à la fin de l'écoulement.

Examen cystoscopique. — Tout le pourtour du col et le trigone offrent une couleur rouge anormale ; sur ce fond se détachent en arrière et sur les côtés des veines dilatées tortueuses qu'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices urétraux ; en avant sur la partie antérieure du col on voit une veine semblable moins grosse. Les orifices urétéraux sont normaux mais plus rouges, l'urine qui descend du rein s'écoule en bavant et paraît claire.

Traitement. — Lavages boriqués de la vessie et instillation de nitrate d'argent à 1/100 au niveau du col.

4 juillet. — Le sang a disparu des urines qui sont encore louches ; la malade souffre peu.

8 juillet. — La malade sort et n'est plus revue depuis.

OBSERVATION VII

(Umbesto Chiaventone, *De l'hématurie de la grossesse*(*Annales de Gynécologie et d'Obstétique*, 1901, t. II, p. 196-219.)

X..., 46 ans, femme de chambre. Antécédents de famille excellents.

Dans ses antécédents personnels aucune maladie interne. Métrite parenchymateuse il y a douze ans. Réglée à 14 ans régulièrement. Depuis cinq grossesses, la quatrième gémellaire ; toutes terminées spontanément à terme.

Sixième et dernière grossesse terminée spontanément le 14 mai 1900 par la naissance d'un enfant vivant, venu par le siège.

Vers le milieu de sa grossesse la femme remarqua la présence du sang dans les urines. Pertes de sang ne s'accompagnant d'aucun symptôme spécial n'altérant aucunement la santé de la femme qui était et se maintient bonne ; d'abondance variée parfois interrompue par de courts intervalles durant lesquels l'urine était normale mais se reproduisant jusqu'à la fin de la grossesse. La grossesse terminée, l'hématurie diminue de plus en plus et cessa complètement dès le septième jour des suites de couche.

Caractères de l'hématurie. — Elle se manifestait, que la malade observât le repos le plus absolu ou qu'elle se laissât aller à une activité excessive ; le jet d'urine est uniformément

coloré en rouge ; mictions normales en nombre et quantité. Le sang restant intimement mélangé à l'urine même après un repos prolongé. Parfois on constata dans l'urine la présence de coagulas longs, vermiformes, dont l'expulsion fut toujours précédée de vives douleurs le long des uretères et dans la région des reins. L'hématurie disparue l'examen des urines comme en pleine hématurie ne révéla ni cylindre, ni albumine, ni éléments rénaux.

OBSERVATION VIII

(P. von Kubiniy, *Geſœrlich Blutung aus den Arnwegen wœhrend der Schwamgerschaft* (*Zentralblatt für Gynœkologie*, 1904, 3 déc., n° 48, p. 1473-1478.)

Femme de trente-deux ans, ayant fait deux fausses couches et quatre accouchements normaux et qui est enceinte de huit mois. A toujours été bien portants, la grossesse actuelle a suivi jusqu'alors une marche normale.

Il y a trois jours cette femme ayant soulevé un lourd fardeau fut prise d'hématuries, depuis ce temps la miction spontanée a été impossible et le cathétérisme n'a également amené que du sang. La femme se plaint de céphalée, de nausée et même a vomi à plusieurs reprises. On craint une rupture de la vessie et la malade est conduite à l'hôpital.

Etat à l'entrée : faciès angoissé, collapsus, pouls à 132, dépressible.

Dans la région sus-pubienne, la vessie dilatée sur le point d'éclater forme une tumeur grosse comme deux fois une tête d'adulte, elle est le siège de contractions très douloureuses à chacune desquelles on voit sortir de l'urètre un sang épais. L'hypogastre est très sensible de temps en temps la femme

est prise de hoquets et de vomissements. Il faut vider la vessie à tout prix, à l'aide d'une longue sonde on ne parvient à extraire qu'une petite quantité de sang noir comme du goudron. On échoue de même avec une canule vaginale courbe, et avec une sonde à double courant ; ces instruments se bouchent rapidement avec du sang fétide couleur goudron, mais il ne s'écoule pas une goutte d'urine. On dilate alors progressivement l'urètre à l'aide de bougies d'Hégar et on parvient aussi à introduire le doigt dans la vessie.

L'urètre est court, normal ; l'orifice interne est obturé par un caillot sanguin qu'on désagrège ; on retire le doigt et il s'écoule une grande quantité de sang fétide. On parvient de cette façon à évacuer environ un demi-litre de sang caillé et plusieurs litres d'urine. Urines sales, semblables à de l'eau de macération de viande. On fait passer dans la vessie plusieurs litres d'eau avant de voir le liquide devenir clair.

On porta le diagnostic d'hémorragie vésicale suite de varices, le caillot formé avait obturé l'orifice interne de l'urètre et il s'était formé une cystite diphtérique à la suite des cathétérismes répétés qui avaient été pratiqués pour lever l'obstacle.

L'analyse d'urine révéla l'absence complète d'albumine.

Comme traitement on se contenta de sonder plusieurs fois la malade et de faire des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée à 3 o/o.

On constata à ce moment au niveau de la cuisse droite la présence de plusieurs nodosités variqueuses enflammées circonstance qui ne fit que confirmer le diagnostic porté.

Accouchement normal sans hématurie huit jours après.

Examen cystoscopique pratiqué ultérieurement : Réseau

capillaire dilaté, bien visible; en avant au-dessus du col vésical on voit un gros vaisseau suivant une direction oblique et au voisinage duquel la muqueuse a un aspect dépoli; vraisemblablement, c'est en ce point que s'est faite l'hémorragie.

En terminant la relation de cette observation l'auteur signale qu'il a eu l'occasion de voir dans le courant de l'année passée un autre cas d'hématurie chez une femme enceinte atteinte de varices des membres inférieurs.

OBSERVATION IX

(R. Proust, *Contribution à l'étude des hématuries gravidiques d'origine vésicale* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, n° 4. p. 669-687).

Malade âgée de 27 ans, brocheuse, habituellement bien portante a été réglée à quinze ans, régulièrement; elle s'est mariée à dix-huit ans, a fait quatre grossesses, dont trois terminées par la naissance d'enfants vivants et une fausse couche de trois mois. Elle n'a jamais présenté aucun signe d'hémophilie (ménorragies abondantes, épistaxis rebelles) non plus qu'aucun symptôme pouvant faire croire à l'existence d'une affection des voies urinaires.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 décembre 1904 et sa grossesse a évolué d'une façon normale jusque vers les premiers jours d'avril. A cette époque elle s'aperçut qu'elle avait une certaine difficulté à uriner, difficulté qui devint de plus en plus grande, au point qu'elle en vint à être obligée de se presser le bas-ventre pour obtenir la miction. Celle-ci n'était d'ailleurs nullement douloureuse. Très rapi-

dement la rétention d'urines devint complète, la vessie ne se vidant plus que goutte à goutte par regorgement.

La malade raconte que dans la nuit du 15 au 16 avril elle fit une chute de son lit et tomba sur le parquet. En réalité il semble résulter des confidences de la malade qu'elle fut rouée de coups par son mari. Toujours est-il que le lendemain matin, voulant uriner, elle s'aperçut que son urine était mélangée de sang ; ces hématuries se répétèrent dans les journées du 16 et du 17 avril et prirent un caractère tellement inquiétant que le 18 la malade se décida à aller consulter à la maternité d'où on l'envoya à Broca.

Lorsque M. Proust vit cette femme, elle était anémiée à l'extrême, souffrant de besoins d'uriner continuels. Le linge dont elle était garnie était inondé de sang rouge s'échappant par jets à chaque contraction vésicale de l'orifice de l'urètre.

Une exploration rapide permet de constater que cette femme est enceinte d'environ trois mois. Au-dessus de la symphyse on perçoit un globe dur et douloureux, c'est la vessie distendue. Sa compression exagère l'écoulement de sang par l'urètre.

Une sonde introduite dans la vessie livre passage à une quantité de sang pur, puis le jet s'arrête, l'œil de la sonde étant probablement obstrué par un caillot.

Le globe vésical hypogastrique diminue à peine de volume ce qui fait supposer qu'il est en grande partie occupé par des caillots.

Alors sans perdre de temps à ces manœuvres sans s'arrêter à essayer l'aspiration des caillots et les lavages de la vessie, songeant que le temps presse et que malade s'affai-

blit de plus en plus. M. Proust se décide à pratiquer une taille hypogastrique, seule opération qui permette de se rendre immédiatement maître de l'hémorragie.

Le globe vésical distendu apparaît dans la plaie, sa surface est infiltrée et pour faire saillir nettement sa face antérieure on met une sonde dans la vessie.

Des caillots fétides sont évacués de la vessie après incision, et on tamponne soigneusement la face interne. Il est alors facile de se rendre compte que l'hémorragie provient d'un point limité situé à la partie supérieure de la vessie à l'union de sa face postérieure et de sa face antérieure.

A cet endroit la muqueuse est éraillée sur une petite étendue (dimension d'une lentille) mais le sang sourd en grande abondance de cette déchirure, l'exiguïté de celle ci, jointe à l'importance de l'hémorragie fait penser qu'il ne peut guère s'agir que d'une rupture de veine variqueuse.

M. Proust établit un tamponnement à la gaze aseptique limité autant qui possible à la région du sommet vésical au point qui saigne.

Tube sus-pubien, fermerture de la vessie au-dessus du tube. On place en outre une sonde à demeure.

Les suites opératoires des plus simples. La sonde à demeure fonctionne bien. Le tamponnement vésical est enlevé au bout de deux jours sans que l'hémorragie reparaisse. On institue alors des lavages journaliers de la vessie avec une solution de nitrate d'argent à 1/2000.

Les urines troubles, purulentes au début deviennent de plus en plus claires.

Les premiers jours la température reste élevée et atteint 39 degrés (38°5 avant l'intervention). Le 24 avril. elle retombe

à la normale pour s'y maintenir jusqu'à la guérison complète.

Jusqu'au 5 mai, une petite quantité d'eau du lavage ressort par l'hypogastre. Le 6, la plaie hypogastrique est fermée. Le 7, on enlève la sonde à demeure, et la malade urine seule à partir de ce moment.

L'état général est redevenu excellent, la grossesse suit son cours.

CONCLUSIONS

I. Les hématuries qui surviennent pendant la grossesse peuvent être divisées en deux groupes principaux : les hématuries dues à une lésion de l'appareil urinaire ou à une maladie générale indépendante de la grossesse et les hématuries d'origine purement gravidiques apparaissant et disparaissant avec la grossesse. Un troisième groupe comprenant les cas douteux se rattachant à l'un des deux premiers mais dont le diagnostic ne pourra être fait que par l'évolution ultérieure.

II. Les hématuries non gravidiques manifestent l'aggravation de la maladie qui les produit. Aggravation dont la grossesse est la cause indirecte.

III. Les hématuries gravidiques peuvent être divisées en hématuries rénales et hématuries vésicales.

Les rénales dues à des troubles de congestion active ou passive des reins aggravés dans certains cas par la toxémie gravidique.

Les vésicales sont dues soit à de la congestion vésicale, soit à des ruptures de varices vésicales, dans quelques cas à une cystite liée à de la rétention vésicale conséquence des compressions exercées par l'utérus gravide.

IV. Le diagnostic étiologique des hématuries au

cours de la grossesse est parfois très facile. Contusion lombaire, affection antérieure de l'appareil urinaire connu de la malade, parfois difficile s'il s'agit d'hématuries purement gravidiques à la fin de la grossesse, quelquefois même impossibles à préciser d'une façon certaine, quand l'examen cystoscopique ne peut être pratiqué.

V. Le pronostic est lié à la cause de l'hématurie et à son abondance ; si celui des hématuries non gravidiques dépend de la maladie qui les produit, celui des gravidiques, en général bénin, doit être réservé en cas de grosse hémorragie anémiant la malade.

VI. Le traitement sera celui de la cause de l'hématurie. Si celle-ci est d'origine gravidique, le repos au lit, les lavages vésicaux, la sonde à demeure, l'aspiration des caillots suivant les cas suffisent pour arrêter une hématurie abondante d'origine vésicale. La taille hypo-gastrique doit être tentée dans les cas d'hémorragie rebelle et abondante. L'interruption de la grossesse sera réservée dans le cas exceptionnel d'hématurie très grave menaçant la vie de la malade. La décapsulation du rein ne doit être faite que d'une façon exceptionnelle dans les hématuries gravidiques rénales.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Assad Hobeika. — Hématuries par varices de la vessie. Thèse de Lyon, 1898.

Bar et Brindeau. — Traité d'Obstétrique, 1914.

Bar. — Société d'Obstétrique, avril 1906.

Balloch. — Semaine médicale, 1908, p. 391, n° 33.

Chiaventone. — De l'hématurie de la grossesse (Annales de gynécologie et d'Obstérique, 1901, p. 196 à 219).

Cleaves Margaret. — Vesical hémorrahage in pregnancy with report of a case (Médical Record, 14 mars 1891, n° 1062, p. 309 à 311).

Dandois. — Hématurie congestive symptomatique (Annales de la Société belge de Chirurgie, 1898, 15 janvier).

Dubois. — Cystite avec exhalation sanguine simulant une perte utérine (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, t. XIV, 1843, p. 514).

Grosse. — Revue mensuelle de Gynécologie, 1910, p. 143.

Guyon. — Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1897, février, t. XV, p. 113-150).

Guyon et Abbarran. — Hématuries pendant la grossesse (Communication au IV^e^ Congrès de l'Association française d'Urologie Paris, 1899. Comptes rendus, p. 76-90).

Hirst. — Hematuria in pregnancy (Medical News, 4 mai 1889, t. LIV, p. 486).

Pasteau. — Revue de Gynécologie, 1911, n° 2, p. 80-89).

Proust. — Contribution à l'étude des hématuries gravidiques d'origine vésicale (Livre d'or du professeur Pozzy et Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris, 1906, n° 4, p. 670-687).

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'Obstétrique, 1914.

Rüge. — Ueber die puerperale Blase und die puerperale Ischurie (Monatchr. f. Geh. eind gynekologie, 1914, t. XX, p. 536-559).

Stœkel. — Die cystoscopie des gynekologen, 1905. Leipzig (Breiskoph et Hürtel, éditeurs).

Treub. — Annales de Gynécologie, 1913, p. 568.

Vitout. — Contribution à l'étude des Hématuries de la grossesse, (Thèse de Paris, 1907, t. 42).

Von Kubiniy. — Getärliche Blutung aus den Harnwegen Während der Schwangerschaft (Zentralblatt für Gynœkologie, 1904, 3 décembre, p. 1473-1478).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5154-21